

# Questionnaire L

## Chirurgie valvulaire



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

### Diagnostic :

Valvulopathie(s) initiale(s) (Indiquer la nature et les localisations) :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

	NON	OUI	Commentaires	Dates
<b>Prothèse mécanique</b>			Laquelle ? :	/ /
<b>Bioprothèse</b>			Valve de porc	/ /
			Péricarde de veau	/ /
			Autologue	/ /
<b>Commissurotomie</b>				
<b>Résultat opératoire satisfaisant</b>			Si non, pourquoi ? :	
<b>Réintervention envisagée</b>			Quand ? :	/ /
<b>Traitement médical en cours</b>			Anticoagulants	Depuis : / /
			Autre :	Depuis : / /
<b>Complications</b>			Calcification valvulaire étendue	/ /
			Accident hémorragique	/ /
			Troubles du rythme : lesquels ?	/ /
<b>Complications</b>			Autre :	Depuis : / /
				/ /
<b>Hypertrophie ou dilatation cardiaque</b>			Légère    Modérée    Marquée    Sévère	/ /
<b>Examens réalisés au cours des 5 dernières années :</b>				
E.C.G.* : repos			Normale*    Anormal*	
E.C.G.* : effort			Normale*    Anormal*	
Examen radiologique du thorax*			Normale*    Anormal*	
Echographie*			Normale*    Anormal*	
Test VIH*			Normale*    Anormal*	

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Dates

**Examens réalisés au cours des 5 dernières années (suite) :**

Autres examens	Lesquels ? :	/	/
	Résultat :		
	Lesquels ? :	/	/
	Résultat :		
	Lesquels ? :	/	/
	Résultat :		

<b>Limitation de l'activité physique :</b>	Provoqué par :	Fatigue Dyspnée	Palpitation Syncope
Lors de l'activité habituelle			
Lors de l'activité habituelle, même réduite			
Personne asymptomatique au repos			

**Veillez préciser en plus, en cas de :**

Rétrécissement aortique	Dilatation valvulaire par ballonnet percutanée Date de l'intervention :	/	/
Chirurgie valvulaire pulmonaire	Présence de : Dilatation résiduelle de l'artère pulmonaire Hypertrophie ventriculaire droite résiduelle		

**Examen clinique**

Entendez-vous un souffle cardiaque ?	Systolique Où ? : Intensité : Diastolique Où ? : Intensité :		
S'agit-il d'un souffle résiduel ?			
Anomalies des bruits du cœur ?	Lesquelles ? : intensité :		
Taille :	cm	Poids :	kg
Tension artérielle :	/	Date :	/ /
			Pouls : <b>Traitée :</b>

**IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des échocardiographies commentées, des tracés électrocardiographiques, des examens radiologiques du thorax ainsi que du protocole du dernier test VIH, réalisé au moins 6 mois après l'intervention est indispensable.**

**Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires\* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

*\*Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant